## Załącznik nr 1 do SWZ

Nr postępowania: ZP/34/2024

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Al. Kościuszki 4, 90-419 Łódź

**Formularz oferty**

Dane Wykonawcy:

Nazwa: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….….

Adres: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……

NIP: ……………………………………………………………………. REGON: …………………………………….…………………………..……

Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….….………

Nr telefonu: ………………………………………………………, e-mail: …………………………………………………………….…..……...

Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Dane teleadresowe, na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym

postępowaniem: e-mail ………………………………………………………………

Oferta Wykonawcy:

w postępowaniu o udzieleni zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych na:

**Dostawa urządzenia do zapisu preparatów histopatologicznych w formie cyfrowej, przeglądarki wirtualnych preparatów, systemu do zarządzania cyfrowymi preparatami wraz z systemem do telekonsultacji z algorytmami sztucznej inteligencji do analizy obrazu integracją ze skanerem w ramach projektu „Medical University of Lodz- Digital Medicine Center (MULDiMediC)”**

oferujemy wykonanie zamówienia według kryteriów:

* 1. Kryterium nr 1 – Cena (waga kryterium 60%):

Nazwa modelu urządzenia ……………………………………..

Producent: ………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Przedmiot zamówienia | ilość | Cena netto | Stawka Vat | Wartość podatku Vat | Cena brutto |
| 1 | Skaner | 1 |  | 8% |  |  |
| 2 | dostawa kompletnego rozwiązania niezbędnego do pracy skanera (zgodnie z załącznikiem nr 2 do SWZ)  | 1zestaw |  | 23% |  |  |
| Razem |  |

Łącznie Cena brutto: …………………………. zł

(słownie zł brutto: …………………………………………………………………………………………………………………)

* 1. Kryterium nr 2 – (waga kryterium 10%):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Posiadanie podajnika preparatów do automatycznego, bezobsługowego skanowania o pojemności (P)Dotyczy pozycji 42 z Załącznika nr 2 do SWZ opis przedmiotu zamówienia | Liczba punktów | Właściwe zaznaczyć znakiem X |
| 400 – 600 preparatów | 0 |  |
| 601 – 800 preparatów | 5 |  |
| > 801 preparatów | 10 |  |

*UWAGA: Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego zaznaczenia to Wykonawca nie otrzyma punktów w tym kryterium*

* 1. Kryterium nr 3 – (waga kryterium 10%)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Możliwość oglądania kilku preparatów jednocześnie w trybie synchronicznego widoku (S)Dotyczy pozycji 43 z Załącznika nr 2 do SWZ opis przedmiotu zamówienia | Liczba punktów | Właściwe zaznaczyć znakiem X |
| ≤ 6 włącznie preparatów | 0 |  |
| 7 - 8 preparatów | 5 |  |
| ≥ 9 preparatów | 10 |  |

*UWAGA: Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego zaznaczenia to Wykonawca nie otrzyma punktów w tym kryterium*

* 1. Kryterium nr 4 – Oprogramowanie do zarządzania preparatami umożliwiające nadawanie różnego stopnia praw dostępu poszczególnym użytkownikom (O) (waga kryterium 5%)

Dotyczy pozycji 44 z Załącznika nr 2 do SWZ opis przedmiotu zamówienia

Zaoferowane urządzenie posiada oprogramowanie do zarządzania preparatami umożliwiające nadawanie różnego stopnia praw dostępu poszczególnym użytkownikom:

TAK- 5 pkt

NIE- 0 pkt

\*niepotrzebne skreślić

*Uwaga: Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że zaoferowane urządzenie nie posiada ww. oprogramowania i Wykonawca nie otrzyma punktów w tym kryterium*

* 1. Kryterium nr 5 –Automatyczna detekcja tkanki na preparacie (D) (waga kryterium 5%)

Dotyczy pozycji 45 z Załącznika nr 2 do SWZ opis przedmiotu zamówienia

Zaoferowane urządzenie posiada funkcję automatycznej detekcji tkanki na preparacie:

TAK- 5 pkt

NIE- 0 pkt

\* niepotrzebne skreślić

*UWAGA: Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że zaoferowane urządzenie nie posiada automatycznej detekcji tkanki na preparacie i Wykonawca nie otrzyma punktów w tym kryterium*

* 1. Kryterium nr 6 – (waga kryterium 10%)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Regulacja odległości pomiędzy poszczególnymi warstwami preparatu cyfrowego dla funkcji z-stack (R) w zakresie:Dotyczy pozycji 46 z Załącznika nr 2 do SWZ opis przedmiotu zamówienia | Liczba punktów | Właściwe zaznaczyć znakiem X |
| ˃ 0,4μm | 0 |  |
| ˃ 0,2μm i ≤ 0,4μm | 5 |  |
| ≤ 0,2μm | 10 |  |

***UWAGA****: Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego zaznaczenia to Wykonawca nie otrzyma punktów w tym kryterium*

Oświadczenia Wykonawcy:

* 1. Zamówienie zostanie zrealizowane w terminie określonym w SWZ oraz we Wzorze umowy.
	2. W cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia
	3. Zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym ze Wzorem umowy, akceptujemy je i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte.
	4. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres wskazany w SWZ w ust. 11.1.
	5. Akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienie nastąpi na zasadach opisanych we Wzorze umowy, w terminie do 30 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.
	6. Oświadczamy, że wykonujemy działalność jako **(właściwe zaznaczyć):**

| Zaznaczyć odpowiednie pole | Podział działalności gospodarczej ze względu na wielkość (rodzaj) |
| --- | --- |
|  | mikroprzedsiębiorstwo (to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR) |
|  | małe przedsiębiorstwo (to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR) |
|  | średnie przedsiębiorstwo (to przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR) |
|  | jestem dużym przedsiębiorstwem |
|  | prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą |

* 1. Oświadczam, że :

zamierzam powierzyć realizację zamówienia podwykonawcom (wypełnić o ile są znani na tym etapie):

Podwykonawca nr 1

* Nazwa i adres podwykonawcy: ………………………………………………………………………………………………………………………………….
* Rodzaj powierzonej części zamówienia: ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Podwykonawca nr 2

* Nazwa i adres podwykonawcy: ………………………………………………………………………………………………………………………………….
* Rodzaj powierzonej części zamówienia: ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Zobowiązania w przypadku przyznania zamówienia:

* 1. Zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
	2. Osobą upoważnioną z kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy jest: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

e-mail: ………………………………………….. tel.: ……………………………………………………………………….

Dotyczy wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia w zakresie warunku (wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia):

Zgodnie z artykułem 117 ust. 4 oświadczam, że poszczególne usługi zostaną wykonane przez:

* Nazwa i adres Wykonawcy: ………………………………………………………………………………………………………………………………….

Zakres usług: ……………………………………………………………………………………………………………………………………

* Nazwa i adres Wykonawcy: ………………………………………………………………………………………………………………………………….

Zakres usług: ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Spis treści

Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

* 1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………
	2. …………………………………………………………………………………………………………………………………………
	3. …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Formularz oferty – Załącznik nr 1 do SWZ musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym